Ueber die Endresultate der Operation freier Schenkelhernien.

Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde einer hohen medizinischen Fakultät der Großh. Bad. Rupprecht-Karls-Universität zu Heidelberg

vorgelegt von

Reinhard Rief
Medizinal-Praktikant in Erfurt.

1914
Universitäts-Buchdruckerei von G. Neuenhahn in Jena.

Gedruckt mit Genehmigung der medizinischen Fakultät
der Universität Heidelberg.

Dekan:
Prof. Dr. Wilms.

Referent:
Prof. Dr. Wilms.

1914.

Schon des öfteren ist die Frage nach dem einfachsten und zweckmäßigsten Verfahren bei der Radikaloperation der Schenkelhernien sowohl in der Literatur wie auch auf Kongressen eingehend behandelt worden. Während bei der Radikaloperation der Leistenhernien die von Bassini und Kocher angegebenen Operationsmethoden allgemeine Anerkennung und Befriedigung gefunden haben, dürfte dies hinsichtlich der Schenkelhernien kaum der Fall sein. Gerade die in den letzten Dezennien so zahlreich angegebenen Vorschläge für die Operation der Schenkelhernien sind ein Beweis dafür, daß man das Ideal einer Radikaloperation, sicherstes Endresultat bei möglichst einfachem und für den Patienten gefahrlosem Verfahren, noch nicht erreicht hat.

Wenn man von dem Dauererfolg einer Operation ein richtiges Bild gewinnen will, muß vor allem erst ein längerer Zeitraum bis zur Nachuntersuchung verstrichen sein, während welcher Zeit die Patienten ihren früheren Beschäftigungen wieder nachgegangen sind. Ferner ist auch noch ein größeres Krankenmaterial zur besseren statistischen Beurteilung erforderlich.

Einer Anregung des Herrn Prof. Zeller-Stuttgart, Marienhospital, folgend, habe ich alle Fälle freier Schenkelhernien zusammengestellt, welche von diesem in den Jahren 1896—1914 operiert worden sind, und über deren Endresultate ich im folgenden berichten will.

Während die bereits erschienenen Statistiken sich auf Schenkelhernien aller Art beziehen, handelt es sich in der vorliegenden Arbeit nur um freie, also nicht eingeklemmte Hernien.

Bei der Operation der Schenkelhernien kommt es in erster Linie darauf an, einen dauernden und festen Verschluß des Bruchkanals herbeizuführen, und es sei daher kurz auf

die anatomischen Verhältnisse der Schenkelgegend hingewiesen. Wir wissen, daß der Schenkelbruch im Gegensatz zum Leistenbruch unterhalb des Lig. Poupartii hervortritt, und zwar nimmt er seinen Weg durch die Lacuna vasorum. Hier hat Bassini auf Grund seiner anatomischen Untersuchungen einen trichterförmigen Raum von der Gestalt einer dreiseitigen Pyramide festgestellt, deren Spitze in der Fossa ovalis endet, der sog. untere Schenkeltrichter. Daneben besteht aber nach Angaben verschiedener Autoren und, wie aus den von Kummer hergestellten stereoskopischen Bildern zu ersehen ist, noch ein zweiter sog. oberer Schenkeltrichter, in welchem die Rosenmüllersche Drüse liegt.

Während nun Bassini durch sein später noch zu beschreibendes Verfahren nur den unteren Schenkeltrichter beseitigt, sind in neuerer Zeit mehrere Autoren bestrebt, den Schenkelkanal auch an seinem oberen Eingang zu verschließen, wodurch der obere Schenkeltrichter beseitigt wird.

Wenden wir uns nun den verschiedenen Operationsmethoden zu, so geht, was den Operationsweg anlangt, die Mehrzahl der Operateure auf kruralem Weg als dem gegebenen vor; ein anderer Teil wählt den inguinalen, um den Bruchsack dadurch möglichst hoch abtragen zu können. Den von Kader gewählten abdominalen Weg möchte ich wegen der damit verbundenen größeren Gefahren für weniger empfehlenswert halten. Die Erfahrung hat ja auch gezeigt, daß die beiden erstgenannten Zugangswege völlig genügen.

Weitere Kontroverse bestehen hinsichtlich der Versorgung des Bruchsacks. Die meisten Autoren begnügen sich nach vollständiger Isolierung desselben aus seinen akzessorischen Hüllen mit möglichst hoher Ligatur und Abtragung, was man am besten durch starkes Hervorziehen des Bruchsacks erreicht.

Hiergegen äußert Heidenthaller Bedenken, da nach ihm die hohe Ligatur ihren eigentlichen Zweck, normale

Verhältnisse des Peritoneums an der inneren Bruchpforte herzustellen, nur teilweise erfüllt, indem durch sie das Peritoneum in radiär angeordnete Falten gezogen wird, so daß stets ein Infundibulum bestehen bleibt. Diese Bedenken sind von Kocher beseitigt worden. Derselbe gelangte in den Besitz eines Präparates, welches 3 Wochen nach der Operation gewonnen wurde, und an dem Kocher nachweisen konnte, daß das Peritoneum glatt über die hintere Bruchpforte hinzog. v. Büngner hat gelegentlich zweier Obduktionen diese Beobachtung Kochers bestätigen können.

Andere Autoren glauben den Bruchsack besser versorgen zu müssen. So zieht Kocher, welcher sich anfangs auch der hohen Ligatur und Abtragung des Bruchsacks bedient hatte, in späterer Zeit, analog seiner Verlagerungsmethode bei Leistenhernien, den invaginierten Bruchsack oberhalb des Lig. Poupartii durch die Aponeurose des Musc. obliquus externus, fixiert ihn hier und trägt den Rest ab. Kader stülpt den Bruchsack gleichfalls ein und näht ihn am Peritoneum fest. Lauenstein faltet den Bruchsack nach Mac Ewen mehrfach gardinenartig zusammen und befestigt ihn am inneren Schenkelring. Viel wichtiger jedoch als der Zugangsweg und die Versorgung des Bruchsacks ist die Art des Verschlusses der Bruchpforte, und hier finden wir die verschiedensten Methoden angegeben.

Socin, welcher die moderne Therapie der Kruralhernien in Deutschland einführte, begnügte sich mit einfacher Ligatur des Bruchsacks und vernähte dann die Haut, ohne den Bruchkanal noch besonders zu verschließen. Anderegg, welcher über das Material an der Socinschen Klinik berichtet, hat gefunden, daß die Pfortennaht unter Umständen sowohl den Wundverlauf stört, als auch einen größeren Prozentsatz von Rezidiven gibt, als bei Hernienoperationen ohne Pfortennaht. Er kommt daher zu dem Schluß, daß eine Superiorität der Radikaloperation mit Pfortennaht gegenüber dem gleichen Verfahren ohne Pfortennaht sich nicht

nachweisen läßt, die Pfortennaht ausnahmslos zu unterlassen sei. Haidenthaller, welcher das Material der Billrothschen Klinik bearbeitet hat, kommt zu demselben Resultat.

Diese Ansicht dürfte heute wohl allgemein aufgegeben sein, denn gerade für den Dauererfolg ist ein fester, sorgfältiger Verschluß der Bruchpforte unbedingt erforderlich. Man wandte sich daher bald anderen Methoden zu und stellte zunächst einen fibrösen Verschluß der Schenkelbruchpforte her. So vernähte Czerny das Lig. Poupartii mit der Adduktorenfaszie durch Katgut. Billroth wandte nach Haidenthaller z. T. dieselbe Methode an, benutzte aber als Nahtmaterial Seide, während Schede nach Wolter sogar Silberdraht verwandte. Bottini und Guarneri vereinigen das Lig. Poupartii mit dem Lig. Gimbernati. In ähnlicher Weise verfährt Berndt, welcher außerdem noch die äußere Fläche des Lig. Poupartii mit der Fascia pectinea vernäht. Bassini vereinigt das Lig. Poupartii mit dem aponeurotischen Überzug der Crista pectinea sowie die Plica falciformis mit der Fascia pectinea. Kocher vernäht das Lig. Poupartii mit der Fascia pectinea, wobei er den Bruchsack in oben angegebener Weise verlagert. In ähnlicher Weise geht auch v. Frey vor, welcher aber nur das mediale Drittel des Lig. Poupartii an den Musc. pectincus bzw. dessen Faszie annäht.

Andere Autoren erstreben eine größere Annäherung des Lig. Poupartii an das Os pubis, bilden aber immer noch einen fibrösen Verschluß. So näht Fabrizius das Lig. Poupartii an das Lig. Cooperi, inzidiert aber, um das straff gespannte Poupartsche Band zu entspannen und näher an das Lig. Cooperi heranbringen zu können, den oberen Rand des Proc. falciformis minor. Graser verfährt in der gleichen Weise, inzidiert jedoch zur Entspannung den Musc. pectineus an seinem Ursprung. Radikaler geht Roux vor, welcher eine größere Annäherung dadurch zu erreichen

sucht, daß er das Lig. Poupartii mit einem u-förmigen Drahtstift an das Os pubis annagelt. Nicoll bohrt sogar zwei Löcher durch das Schambein, führt zwei starke Fäden hindurch und zieht das Leistenband heran, während Cavazzani die Fäden durch das Foramen obturatorium führt. Beide Methoden gebraucht Hammesfahr.

Im Gegensatz zu diesen bindegewebigen Verschlußmethoden gibt es nun eine Reihe von Operateuren, welche einen muskulären Verschluß der Bruchpforte herbeiführen. Lotheisen spaltet die Faszie des Musc. obliquus ext., legt den Schambeinrand von innen her frei und näht dann den Musc. obliquus int. und den Musc. transversus an das Lig. Cooperi. Ähnlich geht Codivilla vor, welcher das Periost nach beiden Seiten vom Os pubis löst. An den oberen Rand — Lig. Cooperi und Periost — näht er den Musc. obliquus int. und transversus, an den unteren — Faszie, Musc. pectineus und Periost — das Lig. Poupartii.

Um einen noch festeren Kanalverschluß zu erreichen, und zwar besonders die großen Hernien, hat man auch noch plastische Methoden angegeben. Salzer bildete als erster einen Lappen aus der Fascia pectinea und vernähte dessen freien Rand mit dem medialen Drittel des Lig. Poupartii. Ach nahm den Lappen aus der Faszia lata, aber möglichst mit anhaftendem Fett und Bindegewebe. Nachdem er denselben nach oben umgeschlagen, fixiert er ihn am Lig. Cooperi, wobei die Vorderfläche des Lappens nach dem Schenkelkanal, die Hinterfläche nach der Bauchhöhle zu liegen kommt. Er verschließt also den Schenkelkanal nur an seiner inneren Seite und verzichtet auf einen äußeren Verschluß. Wilms wendet gleichfalls die Lappenplastik an. Er nimmt einen freien gedoppelten Lappen aus der Faszia lata und näht diesen am hinteren Rande des Lig. Poupartii fest, so daß er wie ein Vorhang von innen den Canalis cruralis deckt. Eine Befestigung des Lappens unten am Schambeinast ist nicht erforderlich. Bei den von ihm

bisher operierten 8 Fällen hat Wilms glatte Einheilung des Lappens feststellen können. v. Mikulicz bedient sich nach Goebel der periostalen Doppel-Lappenplastik. Er nimmt vom Os pubis einen inneren und äußeren Periostlappen, die er mit dem inneren (oberen) Teile des Lig. Poupartii resp. mit dessen Außenwand vernäht. Ein myoplastisches Verfahren wendet Polya an, welcher den Musc. sartorius in seiner ganzen Dicke zur Ausfüllung des Schenkelkanals benutzt, indem er ihn unter der Faszia lata hindurch an die Faszia pectinea, Lig. Cooperi, Lig. Gimbernati und Lig. Poupartii fixiert. Trendelenburg, welcher im Jahre 1890 eine Knochenscheibe aus frisch reseziertem Humeruskopf zum Kanalverschluß benutzt hatte, verwandte später einen Periostknochenknorpellappen, welchen er von der Vorderfläche der Symphyse abmeißelte, umklappte und in die Bruchpforte einnähte (Hackenbruch). Fast gleichzeitig und unabhängig von Trendelenburg führte Kraske den osteoplastischen Verschluß großer Bruchpforten aus. Jaffé, Wolff und König wandten diese Methoden mit geringen Modifikationen und gutem Erfolg an, ebenso Körte.

Endlich wären von neueren Methoden noch die von Reich und Kummer zu erwähnen. Ersterer eröffnet den Leistenkanal, verwandelt den cruralen Bruchsack durch Luxation in einen inguinalen und trägt ihn ab. Hierauf erfolgt doppelter inguinaler Verschluß des Schenkelkanals, indem der Musc. obliqu. int., Musc. transv. sowie die Faszia transversa samt Lig. Cooperi und Schambeinperiost an das Lig. Poupartii angenäht werden. Hierdurch erreicht Reich, daß der Schenkelkanal in seinem ganzen Verlauf ausgeschaltet und zugleich mit dem Schenkelkanal auch der Leistenkanal zuverlässig verschlossen wird. Ein späteres Auftreten von Leistenhernien, was mehrfach nach Radikaloperationen von Schenkelhernien beobachtet worden ist, ist somit ausgeschlossen. Einfacher ist die von Kummer

vorgeschlagene Methode, welcher wieder auf cruralen Weg eingeht. Ihm kommt es hauptsächlich darauf an, den von Bassini nicht erwähnten oberen Peritonealtrichter zugleich mit dem unteren zu beseitigen. Zu diesem Zweck sticht Kummer nach Abtragen des Bruchsacks oberhalb des Inguinalkanals mit einer starken Nadel durch die Faszie des Musc. obliqu. ext., den Musc. obliqu. int. und transv. ein und führt sie dann unter Leitung des in den Schenkelkanal eingelegten Fingers hart am Knochen unter dem Lig. Cooperi zum Schenkelkanal heraus. Hierauf wird die Nadel etwa $1^1/_2$ cm medial nochmals durch denselben Weg geführt und das andere Fadenende zurückgezogen. Beide Enden werden auf der Obliquusfaszie geknotet, wodurch die vordere Bauchwand dem Lig. Cooperi angelagert und ein Verschluß des oberen Schenkeltrichters in seiner ganzen Ausdehnung erzielt wird.

In der Zeit vom Mai 1896 bis April 1914 wurden 63 Radikaloperationen von Schenkelhernien an 61 Patienten von Prof. Zeller ausgeführt. Hiervon entfallen 11 Hernien auf das männliche und 52 auf das weibliche Geschlecht. Es zeigt sich also auch hier, wie bei der Aufstellung von Bassini, ein starkes Überwiegen des weiblichen Geschlechts.

Hinsichtlich der Körperseite kommen 45 Hernien auf die rechte, 18 auf die linke Schenkelbeuge. Bei je einem Mann und einer Frau findet sich ein doppelseitiger Schenkelbruch.

In 4 Fällen (7, 14, 20, 43) bestand neben der Schenkelhernie noch eine Leistenhernie, davon einmal auf derselben und dreimal auf der anderen Seite. Einmal (13) wurde gleichzeitig eine Littrésche Inguinalhernie konstatiert und im Fall 47 war außer der Schenkelhernie noch eine Hernia lineae albae und umbilicalis vorhanden. Bei drei Fällen (6, 7, 14) sind noch Varicen angegeben, und wurde hier im Anschluß an die Radikaloperation der Schenkelhernie die

Unterbindung der Vena saphena ausgeführt. Während es sich bei 62 Hernien um Erstoperationen handelt, ist Fall 21 ein Rezidiv, welches bereits 6 Monate nach der ersten Operation auftrat.

Bei dem Alter der Patienten unterscheiden wir 5 Stufen:

I.	bis zum vollendeten 20. Lebensjahre	2 Fälle
II.	vom 21. bis 30. Lebensjahre	10 „
III.	„ 31. „ 40. „	21 „
IV.	„ 41. „ 50. „	15 „
V.	über 50 Lebensjahre	13 „

Wir ersehen aus dieser Zusammenstellung, daß die Schenkelhernien am häufigsten im 3. und 4. Jahrzehnt vorkommen. Dies erklärt Bassini damit, daß gerade in diesen Jahren der Mann am meisten arbeitet, während bei der Frau in diese Zeit die Schwangerschaften fallen.

Was die Bruchdauer anbetrifft, so ist dieselbe in 44 Fällen angegeben. Unter 1 Jahr bestanden 8 Brüche, seit 1 bis 10 Jahren 35 und seit mehr als 10 Jahren 1 Bruch.

Für die Entstehung des Bruches finden sich in 11 Krankengeschichten anamnestische Angaben. 8 mal wird als Ursache Überheben bei schwerer Arbeit angeführt, 2 mal ist der Bruch im Anschluß an eine Geburt entstanden, und in einem Fall trat er 6 Monate nach einer Leistenbruchoperation auf.

Hinsichtlich der Grösse der Hernien, die in allen Krankengeschichten angegeben ist, unterscheiden wir in der üblichen Weise drei Größen und bezeichnen haselnuß-, walnuß-, pflaumen-, taubeneigroße Hernien als kleine, hühnerei-, gänseei-, apfel-, faustgroße als mittlere und kindskopf-, zweifaustgroße als große. Nach dieser Unterscheidung ergeben sich bei vorliegendem Material 37 kleine, 25 mittlere und 1 große Hernie.

Über den Bruchsackinhalt der 63 operierten Hernien ergibt folgende Aufstellung Aufschluß

Darm, nicht adhärent	2 mal
Netz, nicht adhärent	17 „
Netz, adhärent	13 „
Netz und Darm, Netz adhärent	1 „
Bruchwasser	6 „
Kein Inhalt	24 „

Netz fand sich also im Ganzen bei der Operation 31 mal vor, und es wurde zum Teil reponiert, zum Teil abgebunden und abgetragen. 3 mal fanden sich am Bruchsack kleine Lipome (3, 16, 27). In einem Fall (17) war am Bruchsack eine Cyste vorhanden, und in einem anderen (39) war der Bruchsack in seiner Wandung stark verdickt und fast vollständig obliteriert.

Was das operative Verfahren anbelangt, so wurden verschiedene Methoden angewendet. Vorgegangen wurde stets auf cruralem Weg. Der Bruchsack wurde 4 mal nach Kocher verlagert, in den übrigen Fällen stets nach seiner sorgfältigen Isolierung aus der Umgebung und nach Entleerung stark hervorgezogen, möglichst nahe an der Bruchpforte mit einer Nadel durchstochen, nach beiden Seiten abgebunden und abgetragen. Die Bruchpforte wurde in jedem Fall verschlossen, entweder durch einfache Pfortennaht oder nach Bassini. 4 Fälle wurden nach Kocher operiert, und in letzter Zeit wurde ausschließlich die Kummersche Methode angewandt, welche derselbe im Jahre 1912 in der Deutschen Zeitschrift für Chirurgie (Bd. 116) veröffentlichte. Die Fälle mit doppelter Hernie wurden stets in einer Sitzung operiert. Gewöhnlich am 8. Tage entfernte man die Fäden.

Alle Operationen gingen bis auf einen Fall in Genesung aus, und die Patienten wurden sämtlich ohne Verordnung eines Bruchbandes entlassen. Dieser eine Fall (12) bedarf besonderer Erwähnung, da der betreffende Patient 3 Tage nach seiner Einlieferung ins Hospital zum Exitus kam. Es handelte sich um einen 54jährigen Mann, welcher früher

immer gesund gewesen sein will. Seit 2 Jahren hatte er wiederholt plötzliche heftige, krampfartige Schmerzen im Leib gehabt, sodaß er sogar bewußtlos gewesen sei. Auch 8 Tage vor seiner Einlieferung hat Patient wieder einen derartigen Anfall gehabt. Seitdem ist der Stuhl weggeblieben, und die angewandten Abführmittel hatten keinen Erfolg. Dabei hat der Patient öfters erbrochen. — Bei der Untersuchung war das Abdomen nur wenig aufgetrieben, nicht gespannt. Rechts fand sich eine hühnereigroße, nicht schmerzhafte, reponible Schenkelhernie, und in der linken Unterbauchgegend war eine ganz leichte Vorwölbung mit tympanitischem Schall. Die Diagnose wurde auf Darmocclusion gestellt, und am Tage nach der Einlieferung die Schenkelhernie radikal operiert. Da sich zeigte, daß diese nicht die Ursache des Darmverschlusses war, wurde auch links die Bauchhöhle eröffnet. Hier fand man das Colon kollabiert, während die vorliegenden Dünndarmschlingen stark aufgetrieben waren. Trotz Anlegung einer Witzelschen Kotfistel im Dünndarm starb der Patient am zweiten Tag nach der Operation. Bei der Sektion zeigte sich dann, daß links die Darmwand, etwa 50 cm unterhalb der künstlichen Darmfistel, in den Leistenkanal eingezogen und hier fest verwachsen war, wodurch der Darmverschluß zustande kam. Aus diesem Befund ergibt sich also, daß der Patient nicht an den Folgen der Operation der Schenkelhernie, sondern an der Littréschen inkarzerierten Leistenhernie gestorben ist. Wir können daher bei unserem Material ebenso wie Anderegg und v. Büngner eine Mortalität von 0 Proz. feststellen.

Über den Wundverlauf der 62 geheilten Fälle ist zu bemerken, daß derselbe in 57 Fällen = 92 Proz. ein glatter war, Heilung per primam, in 5 Fällen = 8 Proz. war derselbe gestört. Beresowsky fand bei 28 an der Kocherschen Klinik operierten Fällen in 96,5 Proz. Heilung p. p., in 3,5 Proz. den Wundverlauf gestört. v. Büngner berechnete

bei seinem Material die primäre Heilung auf 78,8 Proz. Von den p. p. geheilten 57 Fällen betrug die Heilungsdauer zwischen 7 und 27 Tagen, im Durchschnitt also 9 Tage, bei den 5 Fällen mit gestörtem Wundverlauf schwankte sie zwischen 20 und 38 Tagen, im Durchschnitt demnach 27 Tage.

Im Fall 44 trat nach 7 Tagen eine leichte Stichkanaleiterung auf, und im Anschluß hieran bildete sich eine fluktuierende Geschwulst, die wenige Tage später eröffnet wurde. Hierbei floß hellgelbe, lymphoide Flüssigkeit ab. Im Fall 25 zeigte sich schon beim ersten Verbandwechsel eine Stichkanaleiterung, welche nach 20 Tagen geheilt war. Bei den Fällen 5, 8 und 60 entstand sehr bald nach der zunächst per primam erfolgten Heilung eine eiternde Fistel. In den beiden ersten Fällen stieß sich ein Faden ab, im letzteren mußte 33 Tage post operationem ein kleiner Abszeß eröffnet werden, wobei sich ebenfalls ein abgestoßener Faden fand. Diese Komplikationen beim Wundverlauf möchte ich auf das verwandte Nahtmaterial, Seide, zurückführen, die bekanntlich schwer keimfrei zu machen ist.

Wenden wir uns nun zu der wichtigsten Frage, zu den Endresultaten unserer Operationen. Soweit es mir irgend möglich war, habe ich versucht, dasselbe festzustellen. Jedoch stammte die Mehrzahl der Patienten von auswärts und gehörte zumeist der arbeitenden Klasse an, welche ja häufig ihren Wohnsitz ändert. Infolgedessen war es nicht in allen Fällen möglich, teils den jetzigen Aufenthaltsort der Patienten ausfindig zu machen, teils haben sie auch die Aufforderung zur Nachuntersuchung ignoriert. Von den 63 operierten Hernien ist hinsichtlich des Endresultats zunächst Fall 12 in Abzug zu bringen, da der Patient 2 Tage nach der Operation starb. Ferner kommen auch noch die Fälle 59, 60 und 61 in Wegfall, da dieselben wegen der kurzen Frist, die erst seit der Operation verstrichen ist, in der Berechnung nicht mit zu verwerten

sind. Es bleiben mithin für die Kontrolle noch 57 Patienten übrig, von denen bei 43 Operierten mit 45 Hernien das Endresultat in Erfahrung gebracht werden konnte. Hiervon stellten sich 11 Patienten zur persönlichen Nachuntersuchung vor, eine wurde von ihrem Hausarzt untersucht, während die übrigen ausführliche Berichte über ihren momentanen Gesundheitszustand einschickten.

Von diesen 43 Operierten sind 40 = 93 Proz. dauernd rezidivfrei geblieben, während sich bei 3 Patienten = 7 Proz. nachträglich ein Rezidiv gebildet hatte. Betrachten wir die Zeit, in welcher nach erfolgter Operation die Heilung noch konstatiert wurde, so ergibt sich folgende Tabelle:

1	Patient	seit	14	Jahren	6	Monaten
1	„	„	14	„	—	„
1	„	„	13	„	10	„
1	„	„	12	„	3	„
1	„	„	10	„	9	„
1	„	„	10	„	—	„
1	„	„	9	„	9	„
2	„	„	8	„	10	„
2	„	„	8	„	8	„
1	„	„	8	„	—	„
1	„	„	7	„	11	„
1	„	„	7	„	9	„
1	„	„	7	„	5	„
2	„	„	7	„	4	„
2	„	„	7	„	—	„
1	„	„	6	„	4	„
1	„	„	5	„	11	„
2	„	„	5	„	8	„
1	„	„	4	„	9	„
1	„	„	4	„	—	„
2	„	„	3	„	6	„
2	„	„	3	„	3	„
1	„	„	3	„	1	„

2	Patienten	seit	2	Jahren	9	Monaten
1	„	„	2	„	5	„
1	„	„	—	„	10	„
2	„	„	—	„	7	„
4	„	„	—	„	6	„

Aus dieser tabellarischen Übersicht ersehen wir, daß die Mehrzahl der Operierten schon seit einer längeren Reihe von Jahren vollständig geheilt ist, der älteste Patient sogar seit 14 Jahren 6 Monaten. Bei 80 Proz. der Geheilten liegt die Operation mehr als 2 Jahre zurück.

Was das subjektive Befinden der Patienten betrifft, so gaben nur 6 von ihnen = 15,47 Proz. Schmerzen in der Narbe an, welche sie teils bei längerer schwerer Arbeit, teils bei heftigen Hustenstößen verspürten. Alle übrigen fühlten sich vollkommen beschwerdefrei. Was das kosmetische Resultat der Operationen anbelangt, so waren fast bei allen Patienten die Operationsschnitte vorzüglich verheilt, die Narben meist glatt und fest, in einzelnen Fällen sogar kaum sichtbar. Bei 3 Patientinnen konnten wir auch die von Kummer erwähnte, nach seiner Methode restierende, charakteristische Einziehung auf der Bauchdecke, oberhalb des Lig. Poupartii konstatieren. Nur in einem Falle wurde eine sehr breite und unregelmäßige Narbe festgestellt, welche aber wohl weniger auf die Bruchoperation zurückgeführt werden dürfte, da sich bereits vor derselben in der rechten Unterbauchgegend zwei Narben befanden, die von einem früheren perityphlitischen Abszeß herrührten. Wenn wir nun die bereits erwähnten 3 Rezidive (19, 27, 53) näher betrachten, so handelt es sich im ersten Fall um eine 40jährige Frau, bei welcher seit 10 Jahren ein linksseitiger Schenkelbruch von der Größe eines halben Kindskopfes bestand. Die Operationswunde heilte per primam, und 20 Tage nach der Operation konnte die Patientin vollständig geheilt entlassen werden. Bereits 7 Monate später stellte sie sich wieder vor, da sie glaubte, es habe sich ein neuer

Bruch gebildet. Es war jedoch keine Spur davon vorhanden. Auf meine erneute Anfrage erhielt ich den Bescheid, daß Patientin nach der Operation keine Besserung fühlt. Bereits 1 Jahr nach der Operation habe sich der Bruch wieder gezeigt, und müsse sie ihr Bruchband wie früher tragen. Leider konnten diese Angaben der Patientin durch eine Nachuntersuchung nicht kontrolliert werden, und ich möchte annehmen, daß die Patientin, die vor der Operation seit 10 Jahren ständig ein Bruchband getragen hatte, dasselbe einfach nicht mehr entbehren konnte. Der zweite Fall (27) betraf eine 45jährige Frau, welche seit 6 Jahren an einem rechtsseitigen, walnußgroßen Schenkelbruch litt. Auch hier heilte die Operationswunde per primam, und die Patientin konnte nach 16 Tagen völlig geheilt entlassen werden. Auf meine Anfrage ließ sich dieselbe von ihrem Hausarzt untersuchen, welcher dabei feststellte, daß die Narbe an ihrem oberen Drittel nachgiebig ist und daß sich an dieser Stelle beim Husten eine deutliche Vorwölbung zeigt. Auch klagt die Frau noch immer über Schmerzen an der Operationsstelle. Dieser Zustand besteht seit etwa 2 Jahren. Im dritten Falle (53) handelte es sich um eine 31jährige Frau mit einer rechtsseitigen, faustgroßen Schenkelhernie. Hier war die Heilung durch Stichkanaleiterung gestört und die Operationswunde erst nach 22 Tagen vollständig geschlossen. Bei der letzten Untersuchung, die ich persönlich vornahm, zeigte sich, daß die Narbe sehr breit und unregelmäßig war. Im äußeren Drittel derselben bestand eine etwa haselnußgroße Vorwölbung, und man konnte hier beim Husten ein deutliches Anschlagen der Eingeweide fühlen. Schmerzen hatte die Patientin trotzdem keine. Diese Vorwölbung hatte die Frau zum ersten Male etwa 7 Wochen vor der Nachuntersuchung, kurze Zeit nach einem Wochenbett bemerkt. Hieraus ersehen wir, daß die Rezidive eintraten in

1 Fall 5 Jahre post operationem
1 „ 1 „ „ „
1 „ 6 Monate „ „

Da sich unter diesen 3 Rezidiven zwei Hernien befinden, von denen die eine kleinkindskopfgroß, die andere faustgroß waren, so dürfte die Größe der Hernien für das Zustandekommen der Rezidive wohl mit in Betracht kommen.

Fassen wir zum Schluß noch einmal den Befund zusammen, so stehen 93 Proz. Heilung nur 7 Proz. Rezidive gegenüber, sicher ein günstiges Resultat, welches die operative Behandlung der Schenkelhernie rechtfertigt. Die Untersuchung hat aber auch weiter ergeben, daß die an dem hiesigen Hospital angewandten Methoden geeignet sind, derartig günstige Resultate für Dauerheilung zu erzielen. Besonders empfehlenswert ist das von Kummer angegebene Verfahren wegen seiner Einfachheit, und weil dadurch auch ein sicherer Verschluß des oberen Schenkeltrichters in seiner ganzen Ausdehnung erfolgt. Es wird daher auch weiterhin diese Methode von uns angewendet werden.

Im Anschluß an diese Abhandlung dürfte es interessieren, zu welchen Resultaten andere Operateure bei der Operation von Schenkelhernien gekommen sind.

Bassini fand bei 56 Schenkelhernien, unter denen sich 6 eingeklemmte befanden, kein Rezidiv, er hat also mit seinem Operationsverfahren 100 Proz. Heilung erzielt. Zu dem gleichen Resultat kommt v. Büngner, welcher das von Küster in Marburg operierte Material bearbeitete und bei der Nachuntersuchung von 28 Schenkelhernien — darunter sogar 22 inkarzerierte — auch kein Rezidiv feststellen konnte.

Hilgenreiner, welcher über die Hernienoperationen von Wölfler an der Prager Klinik berichtet, konstatierte bei Schenkelhernien ebenfalls 100 Proz. Heilung.

Zu anderem Resultat kommt Beresowsky, welcher Nachforschungen über die von Kocher an der Berner Klinik operierten Hernien anstellte. Er fand bei 28 Fällen 92,3 Proz. Heilung und 7,7 Proz. Rezidive.

Anderegg berechnete 67 Proz. Heilung und 33 Proz. Rezidive.

Heidenthaller berichtet in seiner, allerdings etwas älteren Statistik über die Radikaloperationen der Hernien in der Wiener Klinik von Billroth, sogar nur von 50 Proz. Heilung und 50 Proz. Neigung zum Rezidiv bei Schenkelhernien.

Aus diesen Gegenüberstellungen ist zu ersehen, daß die Dauerresultate der Operation von Schenkelhernien im allgemeinen recht gute genannt werden können, und dieselben werden noch besser werden, je früher die Hernien zur Operation kommen, denn je kleiner der Bruch, um so günstiger liegen die Verhältnisse für einen dauerhaften Verschluß der Bruchpforte.

Zur besseren Übersicht lasse ich einen Auszug aus den Krankengeschichten und die Resultate der Nachuntersuchungen folgen.

1. Lina Str., 25 J., seit 3 Jahren hühnereigroße rechtsseitige Schenkelhernie; nur zum Teil reponibel. 2. 5. 1896 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Abtragen des Bruchsacks nach Unterbinden des Halses. Naht der Bruchpforte mit Catgut. Heilung pp. in 14 Tagen. Resultat unbekannt.

2. Rosa Fr., 64 J., kleine Geschwulst seit 1 Jahr in der rechten Schenkelbeuge, die vor einigen Wochen nach Heben eines Wascheimers faustgroß geworden. 4. 3. 1897 Operation. Bruchwasser, Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit Catgut. Heilung p. p. in 8 Tagen. 25. 7. 1897 rezidivfrei; weiteres Resultat unbekannt.

3. Anna v. M., 61 J., taubeneigroßer Tumor in der rechten Schenkelbeuge, irreponibel. 2. 10. 1899 Operation. Bruchwasser. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der

Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 9 Tagen. 15. 4. 1914 rezidivfrei.

4. Anna Z., 40 J., seit 1½ Jahr nach Heben eines schweren Gepäckstücks rechtsseitiger, taubeneigroßer, irreponibler Schenkelbruch. 5. 4. 1900 Operation nach Kocher. Bruchsackinhalt Netz. Verlagerung des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch Seidenknopfnähte. Heilung p. p. in 10 Tagen. 24. 3. 1914 rezidivfrei.

5. Luise Sch., 39 J., rechtsseitige, walnußgroße, nicht vollständig reponible Schenkelhernie. 22. 5. 1900 Operation nach Kocher. Am Bruchsack taubeneigroßes Lipom. Verlagerung des Bruchsacks, Naht der Bruchpforte. Heilung p. s. in 24 Tagen. 24. 6. 1901 rezidivfrei, späteres Resultat unbekannt.

6. Josef L., 59 J., hühnereigroße, rechtsseitige Schenkelhernie, gleichzeitig Varicen. 9. 1. 1901 Operation nach Kocher. Verlagerung des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte. Heilung p. p. in 9 Tagen. Bis zu dem 1905 erfolgten Tode rezidivfrei.

7. Benedict, W., 51 J., apfelgroße, linksseitige Schenkelhernie seit 3 Jahren, welche nach einem Schlag in die Schenkelbeuge entstanden. Links außerdem Varicen, rechts Leistenhernie. 21. 10. 1901 Operation beider Hernien. Schenkelhernie nach Kocher mit Verlagerung des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte. Heilung p. p. in 9 Tagen. 5. 6. 1905 rezidivfrei; 18. 7. 1910 rezidivfrei; späteres Resultat unbekannt.

8. Maria K., 20 J., seit 6 Monaten nach Kartoffelhacken rechtsseitige, walnußgroße Schenkelhernie. 6. 12. 1901 Operation nach Kocher mit Bruchsackverlagerung. Naht der Bruchpforte durch 7 Seidennähte. Heilung p. s. in 38 Tagen. 6. 10. 1902 rezidivfrei; 1. 4. 1914 rezidivfrei.

9. Karoline W., 40 J., seit 10 Jahren linksseitiger Schenkelbruch von der Größe eines halben Kindskopfes, irreponibel. 21. 3. 1902 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen, wird teilweise abgetragen. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 18. 11. 1902 Patientin stellt sich vor, da sie meint, sie habe ein Rezidiv, keine Spur davon vorhanden. 3. 4. 1914 Rezidiv.

10. Ida Spr., 25 J., rechtsseitiger, taubeneigroßer, irreponibler Schenkelbruch. 28. 5. 1902 Operation. Inhalt Netz, Torsion und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 31. 10. 1902 rezidivfrei, späteres Resultat unbekannt.

11. Katharina S., 31 J., seit 8 Wochen rechtsseitige, haselnußgroße Schenkelhernie. 14. 7. 1902 Operation. Bruchsackinhalt Netz. Torsion und Abtragen des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. Resultat unbekannt.

12. August F., 54 J., 8 Tage vor Einlieferung heftige Magenkrämpfe mit Erbrechen, kein Stuhlgang. Rechts hühnereigroße, irreponible Schenkelhernie. In der linken Unterbauchgegend leichte Vorwölbung mit tympanitischem Schall. Da man annimmt, daß die Schenkelhernie Ursache einer Darmokklusion ist, erfolgt am 13. 1. 1903 Operation. Bruchsackinhalt Netz, zum Teil mit der Wand verwachsen. Lösung desselben. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Da hier nicht die Ursache der Verstopfung, Eröffnung der linken Unterbauchgegend. Colon collabiert, Dünndarmschlingen stark aufgetrieben, mit fibrinös peritonitischem Belag. Nirgends Tumor aufzufinden. Anlegung einer Witzelschen Kotfistel im Dünndarm. Reichlicher Kotabfluß. 16. 1. Exitus. Sektionsbefund: 50 cm unterhalb der Kotfistel, Darmwand im Leistenkanal eingezogen und fest verwachsen. Littrésche Inguinalhernie.

13. Johannes W., 35 J., seit 1 Jahr nach Heben einer sehr schweren Last linksseitige, haselnußgroße, reponible Schenkelhernie. 23. 6. 1903 Operation. Abbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 14 Tagen. Resultat unbekannt.

14. Emil B., 39 J.. taubeneigroßer, linksseitiger Schenkelbruch seit 7 Jahren. Gleichzeitig rechts Leistenbruch und Varicen. 25. 6. 1903 Operation. Bruchsack leer, Unterbinden und Abtragen desselben. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 10 Tagen. 1. 4. 1914 rezidivfrei.

15. Therese B., 27 J., linksseitige, haselnußgroße Schenkelhernie. 11. 2. 1904 Operation. Abbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 12 Tagen. 6. 3. 1906 rezidivfrei. 21. 10. 1912 ebenfalls, späteres Resultat unbekannt.

16. Benedict B., 41 J., seit 8 Jahren infolge schwerer Feldarbeit beiderseitige Schenkelhernie, links walnußgroß, irreponibel; rechts kirschgroß, reponibel. 16. 3. 1904 Operation beider Seiten. Links Bruchsackinhalt, Darm und Netz, mit der Bruchsackwand verwachsen, rechts nur Netz. Reposition desselben. Ligatur und Abtragen der Bruchsäcke. Naht der Bruchpforten mit Catgut. Heilung p. p. in 17 Tagen. 4. 4. 1914 rezidivfrei.

17. Lina E., 24 J., linksseitige, haselnußgroße, reponible Schenkelhernie. 18. 3. 1904 Operation. Am Bruchsack kleine Cyste, sonst leer. Unterbinden und Abtragen desselben. Naht der Bruchpforte mit Catgut. Heilung p. p. in 8 Tagen. Resultat unbekannt.

18. Anna H., 48 J., seit 2 Jahren rechtsseitige, haselnußgroße, irreponible Schenkelhernie. 14. 4. 1904 Operation. Bruchsackinhalt: Bruchwasser. Unterbindung und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Pforte. Heilung p. p. in 7 Tagen. 6. 3. 1914 rezidivfrei.

19. Luise W., 34 J., linksseitige, apfelgroße Schenkelhernie nach Heben einer schweren Last, irreponibel. 23. 5. 1905 Operation. Unterbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte durch 3 Catgutnähte. Heilung p. p. in 7 Tagen. 15. 3. 1914 rezidivfrei.

20. Maria A., 35 J., seit 1 Jahr nußgroßer, linksseitiger Schenkelbruch, gleichzeitig links Leistenbruch. 9. 6. 1905 Operation beider Brüche. Abbinden und Abtragen des leeren Schenkelbruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch Seide. Heilung p. p. in 9 Tagen. 10. 3. 1914 rezidivfrei.

21. Maria H., 44 J., rechtsseitige, gänseeigroße Schenkelhernie. Im Oktober 1905 schon einmal operiert. Seit Januar 1906 wieder aufgetreten. 27. 3. 1906 Operation. Bruchsack teilweise verwachsen. Lösung, Unterbinden und Abtragen desselben. Schluß der Bruchpforte durch Seidenknopfnaht. Heilung p. p. in 14 Tagen. Resultat unbekannt.

22. Schwester X., 31 J., rechtsseitige, haselnußgroße, irreponible Schenkelhernie seit 8 Tagen. 20. 4. 1906 Operation. Bruchsackinhalt Netz, zum Teil mit der Wand verwachsen. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 11 Tagen. 15. 3. 1914 rezidivfrei.

23. Klara H., 56 J., seit 1 Jahr linksseitige, kirschgroße, reponible Schenkelhernie. 26. 5. 1906 Operation. Inhalt Netz. Reposition desselben. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit 5 Seidenknopfnähten. Heilung p. p. in 8 Tagen. 15. 3. 1914 rezidivfrei.

24. Minna U., 32 J., seit $3^1/_2$ Jahren rechtsseitige, hühnereigroße reponible Schenkelhernie. Bruchband bisher getragen. 4. 10. 1906 Operation. Ligatur und Abtragen des leeren Bruchsacks Schluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 11 Tagen. 28. 4. 1914 rezidivfrei.

25. Friederike W., 44 J., seit 2 Jahren irreponible, linksseitige, eigroße Schenkelhernie. 2. 3. 1907 Operation. Abbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. s. in 20 Tagen. 19. 3. 1914 rezidivfrei.

26. Klara H., 37 J., rechtsseitiger irreponibler Schenkelbruch von Eigröße. 4. 3. 1907 Operation. Abbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 5. 3. 1914 rezidivfrei.

27. Klara H., 45 J., seit 6 Jahren rechtsseitigen, walnußgroßen Schenkelbruch. 28. 6. 1907 Operation. Am Bruchsack kleines Lipom. Ligatur und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 26. 3. 1914 Rezidiv, im oberen Drittel der Narbe Vorwölbung.

28. Sofie E., 54 J., hühnereigroße, rechtsseitige, irreponible Schenkelhernie. 12. 11. 1907 Operation. Netz mit der Bruchsackwand verwachsen, wird z. T. reseziert; Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 10 Tagen. März 1908 Fadeneiterung, 2 Fäden werden entfernt. 5. 3. 1914 rezidivfrei.

29. Katharina R., 45 J., beiderseits walnußgroße, reponible Schenkelhernie. 13 11. 1907 Operation beider Brüche. Netz auf beiden Seiten mit der Bruchsackwand verwachsen. Lösung desselben. Abbinden und Exstirpation der Bruchsäcke. Naht der Bruchpforten nach Bassini. Heilung p. p. in 10 Tagen. 19. 3. 1914 rezidivfrei.

30. Thekla R., 40 J., seit 4 Jahren linksseitigen, haselnußgroßen Schenkelbruch. 21. 11. 1907 Operation. Ligatur und Exstirpation des leeren Bruchsacks. Schluß der Pforte durch 3 Seidenknopfnähte. Heilung p. p. in 9 Tagen. 15. 3. 1914 rezidivfrei.

31. Dieselbe. 6 Jahre später rechtsseitigen, walnußgroßen Schenkelbruch. 7. 5. 1913 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 8 Tagen. 15. 3. 1914 rezidivfrei.

32. Pauline K., 32 J., seit 7 Monaten im Anschluß an eine Entbindung linksseitige, taubeneigroße Schenkelhernie. 1. 5. 1908 Operation. Ligatur und Exstirpation des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 8 Tagen. 24. 3. 1914 rezidivfrei.

33. Emma C., 41 J., rechtsseitige, taubeneigroße, irreponible Schenkelhernie seit 4 Wochen. 4. 6. 1908 Operation. Bruchsackinhalt seröse Flüssigkeit. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 9 Tagen. 24. 4. 1914 rezidivfrei.

34. Hedwig Sch., 19 J., seit 2 Jahren rechtsseitigen, walnußgroßen Schenkelbruch. Bruchsackinhalt etwas Netz. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 7 Tagen. 22. 3. 1914 rezidivfrei.

35. Maria K., 26 J., seit 6 Jahren rechtsseitige, haselnußgroße Schenkelhernie. 22. 2. 1909 Operation. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks, Naht der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 14 Tagen. Resultat unbekannt.

36. Maria M., 36 J., seit 5 Jahren rechtsseitige, hühnereigroße Schenkelhernie, seit 5 Wochen irreponibel. 12. 6. 1909 Operation. Bruchsack leer, in seiner Wandung stark verdickt. Ligatur und Abtragung desselben. Naht der Pforte nach Bassini. Heilung p. p. in 9 Tagen. 6. 3. 1914 rezidivfrei.

37. Anna H., 28 J., rechtsseitige, apfelgroße Schenkelhernie. 1. 10. 1910 Operation. Bruchsack teilweise obliteriert, teilweise mit Serum gefüllt. Unterbinden und Abtragen

desselben. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. Resultat unbekannt.

38. Luise St., 51 J., seit 3 Jahren rechtsseitige, hühnereigroße, irreponible Schenkelhernie. 1. 10. 1910 Operation. Ligatur und Exstirpation des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 10 Tagen. 1. 4. 1914 rezidivfrei.

39. Schwester S., 31 J., walnußgroße, rechtsseitige, irreponible Schenkelhernie seit 3 Jahren. 1. 11. 1910 Operation. Bruchsack obliteriert. Abbinden und Abtragen desselben. Verschluß der Bruchpforte durch Fasziennaht. Heilung p. p. in 7 Tagen. 14. 3. 1914 rezidivfrei.

40. Maria L., 54 J., seit 8 Jahren linksseitigen, hühnereigroßen Schenkelbruch, seit 14 Tagen irreponibel. 9. 10. 1910 Operation. Bruchsackinhalt Netz, welches zum Teil reseziert wird. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch Fasziennaht. Heilung p. p. in 7 Tagen. 4. 3. 1914 rezidivfrei.

41. Frida K., 31 J., seit 6 Monaten rechtsseitiger, walnußgroßer Schenkelbruch nach Sturz von einem Wagen. 28. 12. 1910 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Ligatur und Exstirpation des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch Seidennähte. Heilung p. p. in 9 Tagen. 16. 3. 1914 rezidivfrei.

42. Schwester S., 33 J., seit 8 Tagen linksseitige, walnußgroße, irreponible Schenkelhernie. 2. 2. 1911 Operation. Bruchsackinhalt angewachsenes Netz. Ligatur und Exstirpation des Bruchsacks Naht der Bruchpforte mit Seide. Heilung p. p. in 9 Tagen. 20. 3. 1914 rezidivfrei.

43. Schwester P., 45 J., seit 6 Jahren walnußgroßen, rechtsseitigen Schenkelbruch. 13. 4. 1911 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Abbinden und Abtragen

des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 10. 4. 1914 rezidivfrei.

44. Eugen v. M., 31 J., walnußgroße, rechtsseitige, reponible Schenkelhernie. 21. 6. 1911 Operation. Inhalt Netz. Abbinden und Resektion des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch Seidennaht. Heilung p. p. in 7 Tagen. Resultat unbekannt.

45. Elisabeth H., 59 J., seit 8 Jahren rechtsseitigen, walnußgroßen, irreponiblen Schenkelbruch. Gleichzeitig linksseitigen Leistenbruch. 26. 6. 1911 Operation. Netz mit Bruchsackwand verwachsen. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Bassini. Heilung p. p. in 8 Tagen. 16. 3. 1914 rezidivfrei.

46. Maria R., 59 J., seit 2 Monaten infolge Überhebens linksseitige, apfelgroße Schenkelhernie. 17. 10. 1911 Operation. Bruchsackinhalt Netzklumpen, der mit der Wand verwachsen. Lösung der Verwachsungen. Ligatur und Resektion des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte durch 3 Seidennähte. Heilung p. p. in 8 Tagen. 4. 4. 1914 recidivfrei.

47. Magnus R., 53 J., faustgroße, rechtsseitige Schenkelhernie seit 6 Jahren. Daneben Hernia umbilicalis und Hernia lineae albae. 22. 11. 1911 Operation. Bruchsackinhalt Netz. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte mit Catgut. Heilung p. p. in 12 Tagen. Resultat unbekannt.

48. Lina Str., 45 J., seit 7 Jahren rechtsseitigen, apfelgroßen Schenkelbruch, irreponibel. 11. 10. 1912 Operation. Unterbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 11 Tagen. Ende November Fadenfistel. Resultat unbekannt.

49. Agathe H., 41 J., vor 8 Jahren infolge Überhebens rechtsseitiger, hühnereigroßer Schenkelbruch entstanden.

Bisher immer Bruchband getragen. 9. 1. 1913 Operation. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen. Resultat unbekannt.

50. Emil Pf., 31 J., rechtsseitige, hühnereigroße, reponible Schenkelhernie, nach Operation eines rechtsseitigen Leistenbruchs entstanden. 5. 5. 1913 Operation. Bruchsackinhalt Netz. Reposition desselben. Ligatur und Exstirpation des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen. Resultat unbekannt.

51. Schwester S., 49 J., rechtsseitiger, hühnereigroßer, irreponibler Schenkelbruch seit 8 Jahren. 20. 5. 1913 Operation. Netz mit der Bruchsackwand verwachsen. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen. 15. 4. 1914 rezidivfrei.

52. Luise K., 64 J., seit 20 Jahren im Anschluß an eine Geburt rechtsseitiger, eigroßer, irreponibler Schenkelbruch. 4. 6. 1913 Operation. Unterbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 10 Tagen. Resultat unbekannt.

53. Karoline J., 31 J., rechtsseitiger, faustgroßer, reponibler Schenkelbruch. 9. 3. 1913 Operation. Bruchsackinhalt Darm, welcher reponiert wird. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. s. in 22 Tagen. 15. 3. 1914. Im oberen Teil der Narbe haselnußgroßes Rezidiv.

54. Angela N., 38 J., seit 3 Jahren rechtsseitigen, haselnußgroßen, reponiblen Schenkelbruch, Pforte für 2 Finger durchgängig. 2. 7. 1913 Operation. Unterbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 8 Tagen. 13. 3. 1913 rezidivfrei.

55. Antonio B., 46 J., seit 3 Jahren rechtsseitige, haselnußgroße, reponible Schenkelhernie nach Heben einer schweren Last. 28. 8. 1913 Operation. Bruchsackinhalt Netz, zum Teil verwachsen. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 8 Tagen. 10. 3. 1914 rezidivfrei.

56. Katharina R., 47 J., seit 2 Jahren taubeneigroße, rechtsseitige, reponible Schenkelhernie. 2. 10. 1913 Operation. Unterbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Verschluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen. 7. 3. 1914 rezidivfrei.

57. Maria K., 29 J., seit 2 Jahren nach Heben eines schweren Korbes rechtsseitige, hühnereigroße, reponible Schenkelhernie. 7. 10. 1913 Operation. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Verschluß der Pforte nach Kummer. Heilung p. p. in 6 Tagen. 8. 3. 1914 rezidivfrei.

58. Anna K., 27 J., seit 5 Monaten infolge Überdehnen hühnereigroße, rechtsseitige, reponible Schenkelhernie. 9. 10. 1913 Operation. Unterbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen. 6. 3. 1914 rezidivfrei.

59. Anna Gl., 22 J., rechtsseitige, taubeneigroße, reponible Schenkelhernie. 19. 2. 1914 Operation. Abbinden und Abtragen des leeren Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 7 Tagen.

60. Marie G., 35 J., seit 3½ Jahr infolge Überhebens linksseitiger, walnußgroßer Schenkelbruch. 6. 3. 1914 Operation. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Schluß der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. s. in 38 Tagen.

61. Theresia R., 30 J., rechtsseitige, faustgroße Schenkelhernie. 2. 4. 1914 Operation. Bruchsackinhalt Netz, zum

Teil verwachsen. Abbinden und Abtragen des Bruchsacks. Naht der Bruchpforte nach Kummer. Heilung p. p. in 9 Tagen.

Zum Schluß meiner Arbeit sei es mir gestattet, meinem sehr verehrten Chef, Herrn Prof. Zeller-Stuttgart, für die Anregung und die mir zuteil gewordene Unterstützung bei der Arbeit, sowie Herrn Prof. Wilms-Heidelberg für die liebenswürdige Übernahme des Referats meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literaturverzeichnis.

Ach, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1910, Bd. 70.
Anderegg, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1886, Bd. 24.
Bassini, Archiv für klin. Chiurgie, 1894, Bd. 47.
Beresowsky, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1895, Bd. 40.
Berndt, Münch. med. Wochenschrift, 1906, Nr. 8.
Borchardt, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1898, Bd. 20.
Bottini, Zentralblatt für Chirurgie, 1892, Nr. 1.
v. Büngner, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1894, Bd. 38.
Cavazzani, Archiv für klin. Chirurgie, 1904, Bd. 72.
Codivilla, Zentralblatt für Chirugie, 1893, Nr. 28.
Czerny, Wiener med. Wochenschrift, 1877, Nr. 21 ff.
Fabrizius, Zentralblatt für Chirurgie, 1894, Nr. 6.
v. Frey, Zentralblatt für Chirurgie, 1892, Nr. 33.
Goebel, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1904, Bd. 42.
Graser, Münch. med. Wochenschrift, 1906, Nr. 8.
Guarneri, Zentralblatt für Chirurgie, 1892, Nr. 1.
Hackenbruch, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1894, Bd. 3.
Hammesfahr, Zentralblatt für Chirurgie, 1911, Nr. 1.
Heidenthaller, Archiv für klin. Chirurgie, 1890, Bd. 40.
Hilgenreiner, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1904, Bd. 41.
Jaffé, Deutsche med. Wochenschrift, 1893, Nr. 25.
Kader, Zentralblatt für Chirurgie, 1908, Nr. 1.
Körte, Deutsche med. Wochenschrift, 1895, V. Beil.
Kocher, Korrespondenzblatt für Schweizer Ärzte, 1892, Nr. 18.
— Chirurgische Operationslehre 1907.
König, Zentralblatt für Chirurgie, 1896, Nr. 7.
Kraske, Deutsche med. Wochenschrift, 1893, Nr. 25.
Kummer, Deutsche Zeitschrift für Chirurgie, 1912, Bd. 116.
Lauenstein, Archiv für klin. Chirurgie, 1890, Bd. 40.
Lotheissen, Zentralblatt für Chirurgie, 1898, Nr. 21.
Nicoll, Zentralblatt für Chirurgie, 1903, Nr. 39.
Polya, Zentralblatt für Chirurgie, 1905, Nr. 18.
Reich, Beiträge zur klin. Chirurgie, 1911, Bd. 73.
Roux, Hildebrandts Jahresb. 1899.
Salzer, Zentralblatt für Chirurgie, 1892, Nr. 33.
Socin, Archiv für klin. Chirurgie, 1879, Bd. 24.
Trendelenburg, 22. Chirurgen-Kongreß 1893.
Wilms, Münch. med. Wochenschrift, 1911, Nr. 6.
Wolff, Berliner klin. Wochenschrift, 1894, Nr. 6 ff.
Wolter, Volkmanns klin. Vorträge, 111.

Lebenslauf.

Ich, Reinhard Robert Rief, Sohn des Kirchenmusikdirektors Robert Rief, wurde am 14. August 1881 zu Auerbach i. Vogtland, Königr. Sachsen, geboren. Ich besuchte zunächst die Volksschule zu Reichenbach i. V. und später das Fürstl. Gymnasium zu Schleiz, Reuß j. L., welches ich Michaelis 1902 mit dem Reifezeugnis verließ. Ich widmete mich sodann dem Studium der Rechte an den Universitäten Jena und Leipzig. Vom W. S. 1908/9 ab studierte ich in Jena Medizin, bestand daselbst im März 1911 die medizinische Vorprüfung und im Dezember 1913 die medizinische Hauptprüfung. Vom 15. Jan. 1914 war ich als Medizinalpraktikant am Marienhospital in Stuttgart beschäftigt, und zurzeit bin ich am Städtischen Krankenhaus in Erfurt tätig.